FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

N° 425

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michèle GUYOT, née GENTIL

Née le 5 Avril 1937 à GUÉRET (Creuse)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

L'ERYTHRASMA ET SON TRAITEMENT PAR LE STEARATE D'ERYTHROMYCINE

Président : Monsieur DEGOS (Professeur)

Imprimerie G. FÉVRE
44, Avenue du Président-Wilson
MONTREUIL (Seine)
1964

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michèle GUYOT, née GENTIL

Née le 5 Avril 1937 à GUÉRET (Creuse)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

L'ERYTHRASMA ET SON TRAITEMENT PAR LE STEARATE D'ERYTHROMYCINE

Président : Monsieur DEGOS (Professeur)

Imprimerie G. FÉVRE
44, Avenue du Président-Wilson
MONTREUIL (Seine)
1964

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) et POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) et GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)
Médecine	PERRAULT (M.)
Médecine	SIGUIER (F.)
Médecine	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

	MM.
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (R.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch. TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE — BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Conseiller administratif . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque . Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550012_0043

A mon mari

A ma fille

A mes parents et à mes grands-parents

A toute ma famille

A Monsieur le Professeur DEGOS

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Saint Louis

qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, en témoignage de notre profonde reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné dans son service.

A Monsieur le Docteur DE GRACIANSKY

Médecin de l'Hôpital Saint Louis

qui nous a toujours témoigné
une bienveillante sympathie,
avec notre profonde grati-
tude pour tout ce que nous
avons appris dans son service.

A son assistant

Monsieur le Docteur GRUPPER

qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse en remerciement
pour la sollicitude et les
judicieux conseils qu'il a
toujours prodigués durant
la rédaction de ce travail.

A Monsieur le Docteur BOLGERT

Médecin de l'Hôpital Saint Louis

A Monsieur le Professeur MERKLEN

Professeur de médecine expérimentale à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Saint Louis

auprès de qui nous avons pu acquérir de précieuses notions de Dermatologie.

A tous nos maîtres d'Externat

et

A nos professeurs de Faculté

en remerciement de leur

enseignement.

INTRODUCTION

Individualisé en 1859 par BURCHARDT qui en donne la première description clinique, l'érythrasma, dénommé ainsi par VON BARENSPRUNG en 1862, a suscité par la suite de nombreuses discussions.

Certes, ni l'individualité de la maladie, ni ses différents aspects cliniques, dégagés progressivement au cours des années suivantes, n'ont été beaucoup contestés.

Par contre, son étiologie devait soulever de multiples controverses.

Plusieurs champignons ont été tour à tour incriminés : Microsporum minutissimum, Nocardia minutissima, Sporotrichum minutissimum, Actinomyces minutissimus sont les plus fréquemment mis en cause.

Les difficultés pour la mise en évidence de l'agent responsable rendent bien compte de cette incertitude étiologique. Pourtant, malgré ces discussions, l'affection était considérée par tous les auteurs comme une dermatomycose et traitée par les médications antifungiques.

Récemment, SARKANY, TAPLIN et BLANK ont apporté la preuve de l'origine bactérienne de l'érythrasma qui serait dû à un bacille diphtéroïde, du genre corynebacterium. Après avoir testé in vitro la sensibilité du germe aux différents antibiotiques, ces auteurs

.../...

ont préconisé le traitement de l'érythrasma par l'érythromycine administrée par voie générale.

Son activité a été pleinement confirmée et nous rapportons à propos de 28 cas d'érythrasma les résultats thérapeutiques obtenus en utilisant le stéarate d'érythromycine.

Nous diviserons notre travail en 2 chapitres.

ler chapitre

1) Rappel clinique de l'érythrasma

2) Etude bactériologique

2eme chapitre comprenant 2 parties

I - a) Bref rappel des traitements classiques antimycosiques

b) Le traitement suggéré par SARKANY et collaborateurs et ses résultats

c) Propriétés pharmacologiques de l'érythromycine

II - Etude thérapeutique personnelle

a) Matériel

b) Méthode

c) Résultats

en présentant 10 observations choisies parmi les plus typiques.

.../...

RAPPEL CLINIQUE

En 1859, BURCHARDT décrit pour la première fois l'érythrasma et l'attribue à un champignon microsporum minutissimum.

KOËBNER (1884) étudie expérimentalement l'affection. BALZER et DUBREUILH en 1883-1884, en établissent définitivement l'histoire et en fixent la nosologie car l'école germanique, avec SIMON, KAPASI, le confondait souvent avec le pityriasis versicolor.

L'érythrasma se caractérise par sa localisation le plus souvent intertrigineuse et son aspect clinique très spécial. Il est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme. L'enfant est généralement épargné. Cependant, BALZER rapporte 1 cas d'érythrasma chez un enfant de 6 ans, SARKANY, TAPLIN et BLANK en décrivent une localisation au niveau des orteils chez un enfant de 1 an.

Dans sa forme typique, l'érythrasma siège aux plis inguino-cruraux et à la partie voisine de la face interne de la cuisse, surtout à gauche, en raison du contact avec le scrotum qui est lui-même habituellement atteint mais il peut être bilatéral.

Le début passe généralement inaperçu. Il se fait par une petite macule rosée de 2 à 3 mm de diamètre qui grandit lentement par une progression centrifuge, prend une teinte jaune, puis brune.

Ainsi se trouve constituée une grande plaque de 5 à 20 cm, à contours réguliers, nets, de tracé curviligne ou polycyclique.

.../...

La teinte en est uniforme, rosée, brunâtre, café au lait plus ou moins foncé , sans pigmentation vraie. L'épiderme est épaissi, finement plissé ou quadrillé, sec et rugueux, souvent recouvert d'une fine desquamation. Il n'y a jamais de vésicules ni à la surface de la plaque, ni sur ses bords, non plus que de collerette épidermique. Sous l'influence de ma macération sudorale, l'épiderme corné peut s'exfolier, surtout au niveau d'un pli ou en regard du scrotum et il reste un épiderme décapé, rouge luisant ou blanc laiteux.

Le prurit est nul ou léger. L'extension est lente, mais non traitée, la lésion dure indéfiniment.

En fait, en dehors de cette localisation classique génito-crurale, l'érythrasma peut atteindre les autres plis : axillaires, sous-mammaires, interfessier, plis interdigitaux des orteils.

La localisation au niveau des orteils serait particulièrement fréquente, caractérisée par un aspect fissuraire, macéré, du 3e et 4e espace interdigital ou de tous les espaces interdigitaux et de la partie adjacente des orteils. Seize cas en ont été rapportés par RABEAU et GUERRA en 1936. Récemment SARKANY, TAPLIN et BLANK, examinant à Miami 139 sujets normaux, ont retrouvé cette localisation dans 25 cas, soit un pourcentage de 23 %. Ces auteurs notent que l'atteinte des orteils semble exister avec une égale fréquence dans les pays chauds et humides et dans les pays tempérés.

.../...

En effet, sur 201 sujets examinés à Londres en automne, 52 étaient porteurs d'érythrasma des orteils, soit 25,3 %. Nous verrons l'intérêt de l'examen systématique en lumière de Wood pour le diagnostic de ces formes trompeuses.

Des localisations anormales de l'erythrasma ont été signalées par NIKOLOWSKI et STÄHLE en 1949, dont un cas siégeant sur les avant-bras.

Des formes très discrètes, latentes, d'érythrasma inguinaux seraient plus fréquentes qu'il n'est classique de l'admettre. Habituellement asymptomatiques, elles sont découvertes au cours d'un examen systématique, clinique et en lumière de Wood.

A l'inverse, il en existe des formes généralisées, bien décrites par GOUGEROT, faites de médaillons multiples, ovalaires de 2 à 10 cm de diamètre, disséminés sur le tronc et les membres. Plusieurs cas en ont été rapportés par GONCALVES et MANGERON en 1960. Cet aspect se verrait surtout dans les pays chauds et humides et chez les femmes de couleur.

BROCQ a décrit une forme subaiguë, gagant les cuisses, l'abdomen, le pli interfessier, la poitrine, les grands plis articulaires, présentant des bords circinés et marginés nets et une teinte d'un rouge plus vif.

Les complications de l'érythrasma sont fréquentes. Ce sont

.../...

souvent elles qui révèlent l'affection à son porteur. A la suite de macération, l'érythrasma peut s'infecter par des cocci, des levures, des dermatophytes. Il perd alors ses caractères particuliers et rejoint ceux du "complexe des plis" de GOUGEROT. Il peut s'eczématiser, surtout dans les formes prurigineuses ou à la suite d'une irritation locale médicamenteuse.

Le diagnostic d'érythrasma est en règle évoqué sur le seul aspect clinique des lésions, cependant, et d'autant plus qu'il s'agit d'une localisation inhabituelle, on devrait toujours pratiquer systématiquement un examen en lumière de Wood.

En effet, la fluorescence de l'érythrasma en lumière de Wood est connue depuis les travaux de GOUGEROT et DUCHE en 1941.

Ces auteurs, après un examen en série d'érythrasmas typiques en lumière de Wood ont noté une variabilité curieuse de leur coloration qui pouvait être rouge vif, brun ou brun violacé. Par ailleurs, ils distinguaient 3 aspects différents suivant les malades ou suivant les régions pour un même malade.

Tantôt, il s'agit d'une "fluorescence totale", correspondant à toute la surface de l'érythrasma.

Tantôt, c'est une "forme marginale", la fluorescence prédominant sur les bords des lésions.

Ou bien encore, il peut exister une fluorescence ponctuée : seuls apparaissent en rouge vermillon sur le fond brun de l'érythrasma des points de 1 à 3 mm isolés ou confluents.

.../...

Le grattage augmente l'intensité de la teinte rouge. Les squames détachées sont nettement roses en lumière de Wood. Parfois le grattage révèle une fluorescence cachée ou latente.

D'après GOUGEROT et DUCHE, cette fluorescence ne serait pas spécifique de l'érythrasma. Ils l'auraient en particulier retrouvée dans une dermo-épidermite microbienne.

En 1952, MICHAELIDES et SHATIN rapportent 25 cas d'érythrasma où l'on a retrouvé une fluorescence rouge corail. Cette teinte si particulière a été constatée également par SARKANY (1962) et par nous-même.

La fluorescence serait dûe à un métabolite élaboré soit par l'agent causal lui-même, soit par la peau normale.

DESGREZ, en 1939, en étudiant la fluorescence des épithéliomas ulcérés, a montré qu'elle était dûe à une porphyrine. GHADIALLY et NEISH en 1960 arrivent à des conclusions analogues à propos de carcinomes ulcérés réalisés expérimentalement sur des lapins.

Plus récemment, SARKANY, TAPLIN et BLANK au cours de leur étude sur l'érythrasma, ont examiné au spectrophotofluoromètre des extraits aqueux de la substance fluorescente : ils ont attribué la fluorescence rouge à une porphyrine et plus probablement à une uroporphyrine. Le maximum de fluorescence est produit par un rayonnement d'excitation de 400 à 402 mμ avec un pic à 613 mμ. La substance fluorescente est insoluble dans l'éther et le chloroforme, mais soluble dans l'eau, ce qui expliquerait la disparition de la fluorescence si le malade a pris

.../...

un bain peu de temps avant la consultation. Pour les auteurs anglais (PARTRIDGE et JACKSON) il s'agirait d'une coproporphyrine.

L'examen en lumière de Wood, confronté avec les caractères cliniques de la lésion, apparait donc comme un élément important du diagnostic.

Ainsi, peuvent être éliminées les affections qui pourraient prêter à confusion avec l'érythrasma.

L'eczéma marginé de HEBRA, attribué par SABOURAUD à Epidermophyton inguinale se présente sous forme de taches plus rouges, prurigineuses, à contours nets, circinés ou polycycliques, à bords festonnés et vésiculeux. Le centre pâlit et se pigmente, alors que l'extension centrifuge de la plaque se poursuit.

Les épidermycoses à levures souvent secondaires à l'emploi d'antibiotiques à large spectre réalisent des plaques rouge foncé, à surface unie, vernissée, souvent fissurée, siège d'une véritable exsudation crémeuse. Les bords en sont irréguliers, déchiquetés, géographiques, sans ébauche de circination régulière, mais toujours soulignés par une fine collerette desquamative mince, blanche et macérée où l'on retrouve plus facilement le candida pathogène.

La dermo-épidermite streptococcique ou intertrigo se développe de part et d'autre du pli inguinal en feuillet de livre. Presque toujours aux lésions squameuses et parakératosiques, s'associent

.../...

des lésions d'eczéma vésiculeux et suintant et des lésions purulentes pustuleuses et croûteuses. La nappe a alors un aspect polymorphe composé de zones sèches et squameuses et de zones suintantes et érosives.

Le psoriasis des plis ou psoriasis inversé a souvent un aspect peu squameux, rouge vif, luisant, humide et macéré. Il est parfois recouvert de squames jaunâtres, grasses ou d'un enduit leucodermique. La confusion avec l'érythrasma est impossible s'il existe une localisation élective du psoriasis.

Enfin, une dermite médicamenteuse secondaire à l'application de topiques irritants ou sensibilisants ne peut guère prêter à discussion. Elle a un aspect nettement inflammatoire, vésiculeux et suintant.

ETUDE BACTERIOLOGIQUE

Lorsque l'érythrasma est décrit pour la première fois en 1859 par BURCHARDT, celui-ci l'attribue à un champignon : Microsporum minutissimum.

Les auteurs qui étudient ensuite l'affection la considèrent tous comme une dermato-mycose, mais de grandes divergences existent sur l'identité du champignon responsable puisque :

- NEUMANN incrimine Tricothecium (1868)
- BALZER en 1883, Microsporon gracile
- BIZZOZERO : lepothrix epidermides (1885)
- SACCARDO (1886) Sporotrichum minutissimum
- VERDUN : Discomyces minutissimus en 1907
- NEUVEU-LEMAIRE : Microsporoïdis minutissimus (1908)
- RIDET (1911) Oospora minutissima

Enfin, LANGERON et VANBREUSEGHEM pensent que l'agent causal de l'érythrasma peut "sous réserve être nommé Nocardia Minutissima ou actinomyces minutissimus".

Le champignon aurait été retrouvé surtout dans la couche cornée, mais il peut pénétrer jusqu'au voisinage du corps muqueux de MALPIGHI, sans envahir les poils.

BALZER en donne la description suivante : "Dans les squames non dissociées, on retrouve des groupes de spores serrées, très

.../...

petites, semblables à des microcoques ; autour de ces spores, serpentent de nombreux myceliums très minces, tantôt groupés en faisceaux serrés, tantôt formant un réseau serré inextricable. La grande richesse parasitaire se voit sur les squames isolées par la dissociation. On voit là des spores petites, rondes, constituées par un petit noyau et une enveloppe homogène. Les tubes sont très fins, mais de dimensions variables, quelquefois droits, souvent noueux, serpentins, en s ou en v, entourant les cellules cornées. Ils sont composés d'articles placés bout-à-bout. Quelques tubes sont pleins. D'autres contiennent des sporules. Celles-ci forment des chaînettes."

Des essais de culture ont été tentés à diverses reprises, la plupart du temps sans succès.

Cependant, BALZER dit avoir cultivé le parasite sur liquide de RAULIN, DI LORDO sur gélose à l'orge. DE MICHELE, DUCREY et REALE signalent également des résultats positifs.

D'ailleurs, ces cultures sont contestées par de nombreux auteurs et nous rapporterons à ce propos cette phrase de SABOURAUD : "Je ne crois pas qu'aucun auteur ait obtenu sûrement la culture de ce parasite en milieu nutritif artificiel".

De plus, BALZER et DUBREUILH, BECK, DUCREY et REALE ont montré que le champignon pouvait être saprophyte d'une peau cliniquement normale et qu'il fallait donc un facteur surajouté (humidité, chaleur, macération, polysensibilisation mycosique) pour que l'éry-

.../...

thrasma se développe.

Ainsi, l'étiologie mycosique de l'érythrasma n'apparait pas solidement établie. BALZER déjà note que par certains caractères, le parasite se rapproche plutôt des microbes.

SARKANY, TAPLIN et BLANK, en 1961, montrent que l'érythrasma est dû à un bacile Gram + du genre corynebacterium. Ils identifient le germe par l'examen direct, les cultures, le microscope électronique. Ils parviennent ensuite à l'inoculer à l'homme.

1) L'examen direct

Les préparations à l'hydroxyde de potassium permettent de mettre en évidence les bacilles dans les squames. Cependant les préparations colorées (bleu de méthylène, Gram, Giemsa, PAS) sont préférables. Des empreintes de la couche cornée sur lames enduites d'une solution adhésive auraient donné de bons résultats à GOLDSCHMIDT et KLIGMAN.

Le germe se présente comme un organisme en baguette, en filament ou sous forme de cocci. La proportion relative de ces différentes formes varie suivant les régions examinées. La longueur des filaments est de 4 à 7 μ et la largeur de 1 μ environ. Il n'y a pas d'arborisations comme dans les filaments fongiques. Par endroits, le bacille apparaît plus court, de 1 à 3 μ sur 0,5 μ. Ces bacilles peuvent présenter un granule au voisinage de leurs extrémités. On ne retrouve pas de germe en dehors des lésions cliniques ou des plages de fluorescence orangée.

.../...

2) L'examen au microscope électronique

de squames très fines montre que les bacilles sont en majorité situés entre les cellules kératinisées de la couche cornée ; quelques uns sont cependant intra-cellulaires.

3) Les cultures

SARKANY, TAPLIN et BLANK ont réalisé des cultures à partir de squames fluorescentes sur un milieu spécial constitué de :

- 20 % de sérum foetal de boeuf
- 20 % de gélose
- 78 % de "milieu de culture n° 199"
- et du rouge phénol comme indicateur.

Le pH est maintenu entre 6,8 et 7,2.

Les cultures apparaissent en 12 h à 24 h, à une température de 34° sous forme de colonies convexes, de 1 à 2 mm de diamètre, humides, brillantes, translucides, produisant en lumière de Wood une fluorescence allant du rouge corail à l'orange.

La fluorescence diffuse dans le milieu de culture au voisinage immédiat des colonies. Elle dure 48 h à 96 h, puis disparait.

Le sérum de boeuf semble indispensable car on a observé une inhibition de la croissance du germe si l'on emploi à la place du sérum humain ou de cheval.

Les cultures ont été obtenues sur d'autres milieux : membrane-chorio allantoïdienne d'oeuf embryonné, gélose au sang de mouton..., mais les résultats sont très inconstants.

.../...

Le germe se présente comme un bacille aérobé Gram + (de 1 à 2 µ de long sur 0,3 à 0,6 µ de large). Dans les cultures plus anciennes, les germes deviennent Gram - avec des granulations subterminales très nettes, saillantes et Gram +. On observe parfois un granule central supplémentaire. Ces modifications s'accompagnent d'une perte de fluorescence des colonies. Au microscope à fond noir, les bacilles présentent des extrémités bien arrondies et une membrane cellulaire nette. Le germe produit de l'acide à partir de dextrose, lévulose et maltose, mais pas à partir de lactose.

4) La reproduction expérimentale.

Elle a été réalisée par les mêmes auteurs chez 4 sujets. Trois résultats ont été positifs.

Chez le ler sujet, guéri de son érythrasma des aines, on a tenté une reproduction expérimentale en appliquant dans les mêmes endroits soit le matériel de culture, soit des squames provenant d'un autre sujet.

Dans le ler cas (avec la culture pure) le matériel est appliqué sur la peau normale, sur la peau scarifiée et sur la peau exfoliée à l'aide d'un sparadrap et maintenu en place 3 jours par un pansement occlusif. Au bout de 3 jours apparaissent à l'endroit de l'inoculation des lésions squameuses donnant une fluorescence rouge au niveau desquelles on peut mettre en évidence les bacilles caractéristiques - ceci uniquement sur la peau scarifiée et sur

.../...

la peau exfoliée -. La fluorescence disparait en 24 heures et les lésions squameuses en quelques jours.

Dans le cas où l'on a utilisé les squames d'érythrasma, le résultat n'a été positif que sur peau exfoliée.

La même expérience de reproduction a échoué lorsque le matériel (cultures ou squames) était appliqué ailleurs que sur les aires.

Chez un 4e sujet, on a reproduit dans l'aine des lésions caractéristiques avec une culture isolée d'un érythrasma des orteils. Dans ce dernier cas, la fluorescence a été éphémère (24 h) alors que les lésions squameuses ont persisté une semaine. Les cultures de squames contenaient les bacilles caractéristiques.

Enfin dans un cas, la simple application d'un sparadrap a exacerbé un érythrasma préexistant avec augmentation du nombre des micro-organismes isolés.

Ainsi SARKANY, TAPLIN et BLANK paraissent avoir démontré l'origine microbienne de l'érythrasma. Pour ces auteurs, un seul germe, du genre corynebacterium, est en cause. Ils l'ont identifié, cultivé, inoculé expérimentalement à l'homme.

Mais PARTRIDGE et JACKSON émettent quelques réserves non pas sur l'origine bactérienne de la maladie, mais sur l'unicité du germe. Pour eux, de nombreux bacilles Gram + habituellement saprophytes de la peau peuvent se multiplier chez des sujets prédis-

.../...

posés sous l'influence de la transpiration et de la macération et jouer un rôle dans l'apparition de l'érythrasma et de sa fluorescence. Mais ils notent qu'après traitement antibiotique, l'état squameux et la fluorescence disparaissent et la peau reprend un état normal.

TEMPLE et BOARDMAN ont également voulu contrôler les affirmations de SARKANY et de ses collaborateurs. Chez 53 sujets porteurs d'érythrasma des orteils donnant la fluorescence caractéristique, l'examen bactériologique sur le milieu préconisé par SARKANY a été positif dans 50 cas. Ils ont retrouvé dans 36 cas un bacille diphtéroïde analogue à celui individualisé par SARKANY, mais ils insistent sur la présence fréquente d'autres germes soit isolés, soit le plus souvent associés : surtout staphylo blanc, staphylo doré, streptocoques non hémolytiques. Dans 16 cas, ils ont également retrouvé des dermatophytes dont 7 seulement ont pu être cultivés sur milieu de SABOURAUD.

.../...

BREF RAPPEL DES TRAITEMENTS CLASSIQUES ANTILYCOSIQUES

Ces traitements ont essentiellement pour but de produire une exfoliation et de faire tomber ainsi la couche squameuse où se trouve le champignon, la plupart possèdent en outre, une action fungicide.

Le grand nombre des thérapeutiques employées jusque là rend bien compte de leur efficacité modérée et inconstante.

La teinture d'iode pure a été utilisée par BROCQ, mais elle entraîne une irritation locale qui en a limité l'emploi.

L'alcool iodé par contre, préconisé par SABOURAUD, ainsi que l'alcool iodé salicylé ont connu de nombreux partisans et restent encore une thérapeutique classique.

Les sels mercuriels, sous forme de calomel et de turbith minéral, ont connu une faveur éphémère dans le traitement de l'érythrasma.

Plus employé est le soufre sous toutes ses formes, qu'il s'agisse de soufre précipité lavé, de soufre colloïdal, d'hyposulfite de sodium à 20 %.

L'action fortement réductrice et kératolytique de la résorcine, des goudrons a été utilisée avec des succès divers. De même d'ailleurs que la chrysaroline et de ses dérivés, que la cignoline d'ac-

.../...

tion moins brutale que la chrysaroline, mieux supportée, moins toxique et d'un emploi plus agréable.

Ont également été utilisés les colorants, les pommades acides type pommade de WHITFIELD agissant à la fois comme kératolytique et comme acidifiant de la peau, les savons acides qui sont toujours un précieux adjuvant du traitement.

Plus récemment, les produits de synthèse sont venus compléter cet arsenal thérapeutique : dérivés des crésols, de l'acide undécylénique. Mais ils n'ont pas confirmé les résultats que l'on était en droit d'en attendre si l'on admettait l'étiologie mycosique de l'érythrasma.

D'ailleurs, d'une manière générale, tous ces médicaments sont irritants pour le scrotum. Ils ne donnent le plus souvent que des résultats inconstants et les rechutes ou les récidives sont particulièrement fréquentes, la maladie affectant souvent le mode chronique, nécessitant des traitements prolongés et répétés, poursuivis longtemps après la guérison apparente.

Il nous parait important de souligner que la griséofulvine, antifungique utilisé par voie générale avec des résultats excellents dans un grand nombre de mycoses cutanées, n'aurait donné que des échecs dans le traitement de l'érythrasma. SIDI signale cependant 1 cas d'amélioration nette et MERKLEN 1 cas de guérison, ce dernier obtenu après une cure de griséofulvine de 25 jours à raison de 1 g par jour.

.../...

C'est le mérite de SARKANY, TAPLIN et BLANK d'avoir repris l'étude microbiologique de l'érythrasma, ce qui les a conduit à admettre que cette affection était microbienne et à en tirer les conséquences thérapeutiques : efficacité des antibiotiques et plus particulièrement de l'érythromycine.

LE TRAITEMENT SUGGERE PAR SARKANY ET COLLABORATEURS ET SES RESULTATS

Ces auteurs ont étudié in vitro la sensibilité à différents antibiotiques du germe qu'ils avaient isolé. Ils ont réalisé cette étude sur des milieux solides et liquides.

Sur les milieux solides, le maximum d'inhibition est obtenu avec l'érythromycine. Le chloramphénicol, les tétracyclines, la néomycine, la pénicilline et la dihydrostreptomycine sont moins actifs. Les sulfamides sont totalement inactifs.

Sur le milieu liquide n° 199 contenant du sérum foetal de boeuf, la concentration minimum pour inhiber la croissance du germe est de 0,0125 µ g par ml pour l'érythromycine, alors qu'il faut 1 unité par ml pour la pénicilline et 7 mg par ml pour les tétracyclines. Ces chiffres varient d'ailleurs suivant les milieux utilisés.

L'érythromycine apparaît donc comme l'antibiotique de choix

.../...

dans le traitement de l'érythrasma - ce qui a été confirmé par les résultats thérapeutiques obtenus par SARKANY, TAPLIN et BLANK.

Ces auteurs ont traité 16 malades porteurs d'érythrasma du tronc et des membres par une cure de 5 jours d'érythromycine à la dose de 1 g par jour. Ils ont obtenu une guérison rapide, avec disparition des lésions cliniques et de la fluorescence devenant complète 2 à 3 semaines après la cure.

Deux sur les 16 malades ont présenté une récidive respectivement 2 et 6 mois après l'arrêt du traitement.

Certains de ces malades présentaient un érythrasma depuis 5 à 25 ans et n'avaient eu que des améliorations insignifiantes ou nulles avec les thérapeutiques habituelles.

La pénicilline a été essayée dans 2 cas sans succès.

L'administration de griséofulvine chez un malade n'a donné aucun résultat.

Deux points particuliers sont à noter :

1) les antibiotiques en application locale sont inactifs ou ne donnent que des résultats incomplets.

2) l'érythrasma des plis des orteils est plus résistant au traitement

Avant de donner les résultats que nous avons nous-même obtenus avec le traitement préconisé par SARKANY et ses collaborateurs, nous rappellerons brièvement les principales caractéristiques de l'érythromycine.

.../...

PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES DE L'ERYTHROMYCINE

L'érythromycine a été isolée en 1952 à partir d'une souche de streptomyces érythreus. Elle se présente comme une poudre blanche, dont le poids moléculaire est de l'ordre de 750. On en connait la formule chimique : $C_{39} - H_{73 - 75} - NO_{13}$.

Elle est peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool et les solvants organiques. Les solutions présentent une réaction franchement alcaline. Elle est stable, en solution, à basse température, mais sensible sous cette forme à la chaleur. Elle est inactivée en milieu acide de pH inférieur à 4.

L'érythromycine exerce son influence à la fois bactériostatique et bactéricide sur les germes Gram +, tels que les diverses souches de streptocoques, de staphylocoques, pneumocoques clostridies et corynebacteries. Y sont également sensibles quelques micro-organismes Gram - : l'hémophilus pertussis, le gonocoque, le méningocoque et certaines brucella. Le spectre d'activité de l'érythromycine s'étend en outre aux spirochetes, aux amibes, aux rickettsies et aux gros virus, du type fièvre Q et psittacose. En revanche, le colibacille et les bacilles du groupe typhique et dysentérique échappent totalement à son contrôle.

La voie buccale est pratiquement la seule utilisée, mais elle nécessite une technique spéciale pour éviter que l'érythromycine ne soit détruite par l'acidité gastrique. La diffusion sanguine est

.../...

précoce. Le taux maximum, obtenu dès la deuxième heure après l'absorption, s'abaisse ensuite progressivement ce qui amène à recommander des prises répétées toutes les 6 heures. L'érythromycine diffuse dans les séreuses pleurale et péritonéale ainsi que dans la circulation foetale. Les méninges par contre ne sont que peu perméables.

L'élimination est rapide et se fait par voie urinaire à des taux très élevés, de 8 à 16 fois supérieurs à la concentration sanguine. L'élimination se fait également par la bile sous une forme activée atteignant environ 8 fois la concentration sanguine et dans les fèces.

L'érythromycine est utilisée sous forme de comprimés dosés à 0,10 ou 0,20 g d'érythromycine base ou de stéarate d'érythromycine. Il existe également une suspension et une poudre aromatisée à usage infantile et une pommade à 1 p. 100 que l'on peut utiliser pour les traitements locaux.

La posologie habituelle chez l'adulte est de 0,02 à 0,03 g/kg par 24 heures, la dose quotidienne étant répartie en 4 à 6 prises, régulièrement espacées dans les 24 heures.

.../...

ETUDE THERAPEUTIQUE PERSONNELLE

a) Matériel d'expérimentation

Notre étude a porté sur 28 cas d'érythrasma.

La très nette et classique prédominance de l'atteinte du sexe masculin est retrouvée, puisque 26 de nos malades sont des hommes alors que nous n'avons eu à traiter que 2 femmes.

Nous n'avons pas personnellement observé de cas chez l'enfant : l'âge de nos malades s'échelonne de 16 à 59 ans.

L'ancienneté des lésions est très variable, de quelques semaines à plusieurs années, avec les chiffres extrêmes de 15 jours et 8 à 10 ans.

9 de nos malades avaient déjà fait plusieurs traitements anti-mycosiques qui avaient échoué ou n'avaient amené qu'une amélioration passagère et incomplète.

Dans la totalité des cas, l'érythrasma intéressait les régions inguino-crurales d'un seul ou des 2 côtés avec prédominance à gauche.

Dans 9 cas, on notait une atteinte associée des plis axillaires.

Dans 2 cas, existait une localisation au niveau des plis inter-digitaux des orteils (3e et 4e espaces).

Enfin 3 malades de notre lot de 28 patients étaient porteurs de lésions à distance : "ides érythemato-squameuses" disséminées sur le tronc et les jambes, les régions prétragiennes et rétro-auriculaires.

.../...

Nous avons porté le diagnostic d'érythrasma sur l'aspect clinique des lésions, mais aussi sur leur fluorescence rouge corail en lumière de Wood que nous avons retrouvée chez 23 de nos malades.

Il ne nous a malheureusement pas été possible de faire des cultures, car nous n'avions pas à notre disposition le milieu spécial qu'avaient utilisé SARKANY et ses collaborateurs pour isoler et cultiver le bacille qui serait l'agent causal de l'affection.

Nous avons néanmoins fait chez 11 de nos malades un examen myco-bactériologique qui a montré :

- dans 2 cas des staphylocoques blancs
- dans 2 cas également des streptocoques non hémolytiques
- dans 5 cas, les résultats furent négatifs.

Notons cependant que 2 de ces examens myco-bactériologiques ont montré des dermatophytes sur milieu de SABOURAUD.

b) Méthode

Tous nos malades ont été traités par le stéarate d'érythromycine à la dose de 1 g par jour pendant 5 jours, soit 5 comprimés à 0,20 g en prises fractionnées dans la journée.

Nous avons évité pendant la durée de la cure tout traitement local à l'exception toutefois de savon acide et de talc.

Ces malades ont été revus systématiquement 2 jours après la fin de la 1ère cure d'érythromycine, soit au 7ème jour pour un

.../...

contrôle clinique et un examen en lumière de Wood. Nous leur recommandions de s'abstenir de toilette et de tout traitement local le jour de l'examen.

Dans le cas où nous notions une persistance des lésions cliniques ou de la fluorescence rouge corail en lumière de Wood, les malades recevaient une 2ème cure, et éventuellement une 3ème cure d'érythromycine, administrée de manière analogue : 1 g par jour pendant 5 jours.

c) Résultats

Sur les 28 malades que nous avons ainsi traités :

1) dix-neuf ont été guéris par une seule cure d'érythromycine.

Chez 14 d'entre eux, soit 50 p. 100 de l'ensemble des malades, la guérison a été franche et la disparition des lésions d'érythrasma totale. Deux des malades de ce groupe présentaient des lésions traînantes depuis plusieurs années.

Chez les 5 autres patients, il persistait après la cure, quelques discrètes lésions squameuses, mais non fluorescentes en lumière de Wood. L'amélioration étant de l'ordre de 80 à 90 p. 100, ces malades ont été considérés comme guéris.

Deux malades blanchis par une première cure ont présenté une rechute, l'un 6 semaines après, l'autre 10 mois après.

Une nouvelle cure identique de stéarate d'érythromycine per os a amené la guérison.

.../...

2) Huit autres malades, améliorés mais non guéris par une première cure ont reçu une deuxième cure d'érythromycine suivant les modalités que nous avons déjà exposées.

Cinq d'entre eux ont été guéris ou améliorés à plus de 90 p. 100.

Un malade a rechuté 3 mois après et a reçu une nouvelle cure qui a amené la guérison.

Le dernier n'a pas été revu à l'issue de sa 2ème cure.

3) Chez un de nos malades, trois cures ont été nécessaires, les deux premières n'ayant amené qu'une amélioration très partielle. Ce malade était porteur d'un érythrasma évoluant depuis plusieurs mois, qui avait résisté à différents traitements locaux.

4) Signalons que chez deux de nos malades nous avons essayé de traiter les rechutes par des applications locales d'une pommade à base d'érythromycine, nous abstenant alors de toute autre thérapeutique. Les résultats ont été pratiquement nuls, ce qu'avaient d'ailleurs déjà noté SARKANY, TAPLIN et BLANCK. Nous avons dû reprendre dans ces 2 cas le traitement per os.

5) Quatre de nos patients étaient porteurs de lésions associées : 2 présentaient un pityriasis versicolor, 1 un pityriasis rosé de GIBERT, le dernier enfin un parapsoriasis en plaques. L'évolution de ces dermatoses concomittantes n'a pas été modifiée par l'administration d'érythromycine.

.../...

Ainsi, les résultats que nous avons obtenus chez les 28 malades que nous avons traités par le stéarate d'érythromycine per os ont confirmé ceux de SARKANY et ses collaborateurs.

De plus, non seulement l'efficacité de cet antibiotique s'est révélée certaine, mais la tolérance de ce médicament a été dans l'ensemble excellente et les effets secondaires que nous allons maintenant envisager ont toujours été minimes.

Effets secondaires

Deux malades ont présenté des troubles gastro-intestinaux : l'un des selles molles et pâteuses et un ballonnement abdominal, l'autre des crampes épigastriques. Ces troubles ont rapidement cédé à un traitement symptomatique et n'ont pas nécessité l'arrêt de l'érythromycine.

Dans 3 cas, nous avons noté un prurit ano-génital, avec dans 2 cas une dermite péri-anale de type moniliasique. Ces incidents ont cédé aux applications locales de nystatine et là non plus n'ont pas empêché la reprise du traitement par l'érythromycine en raison de la persistance de l'érythrasma.

Nous allons maintenant illustrer notre travail par quelques observations choisies parmi les plus typiques.

.../...

as	Sexe	Age	Localisations				Fluores-cence	Nb de cures d'érythro-mycine pour obtenir guérison			Tolérance du Prod.		Rechutes
			Aines	Aisselles	Orteils	"Ides"		1	2	3	Excel.	Imparfaite	
1	M	59	+				+	+			+		
2	F	52	+	+			+		+		+		
3	M	40	+	+			+		+			Ballonne-ment - Selles molles	3 mois après. Nouvelle cure → guérison
4	M	18	+				+	+				Quelques crampes épi-gastriques	
5	M	37	+				+	+				Dermite mo-niliasique des régions fessières	
6	M	?	+			+	-	+			+		
7	M	52	+	+			+	+			+		
8	M	46	+				+	+				Moniliase péri-anale	
9	M	22	+		+		+	+			+		
10	M	46	+				+	+			+		
11	M	23	+	+			+		+		+		
12	M	16	+	+		+	+			+	+		
13	M	?	+				-		+			Petite pous-sée de prurit	
14	M	51	+				±	+			+		
15	M	21	+				+	+			+		
16	M	?	+				+	+			+		

Cas	Sexe	Age	Localisations				Fluorescence	Nb de cures d'érythromycine pour obtenir guérison			Tolérance du Prod.		Rechutes
			Aines	Aisselles	Orteils	"Ides"		1	2	3	Exc.	Imparfaite	
17	M	43	+				+		+		+		10 mois après. Nouvelle cure → guérison
18	M	32	+				+	+			+		
19	M	56	+				-		+		+		
20	M	59	+		+		+	+			+		
21	M	39	+			+	-	+			+		
22	F	56	+				+	+			+		
23	M	39	+	+			+	+			+		6 semaines après. Nouvelle cure → guérison
24	M	16	+				±		+		+		
25	M	31	+	+			+		+		+		
26	M	46	+	+			+		+		+		
27	M	31	+				?	+				Selles un peu molles	
28	M	23	+	+			+		+		+		

OBSERVATIONS

Observation n° 1 - Mr M..., 39 ans.

En septembre 63, le malade vient consulter pour des plaques d'érythrasma des plis axillaires et inguinaux qui évoluent depuis 3 semaines environ.

Les lésions sont le siège d'une fluorescence rouge en lumière de Wood.

Il reçoit une cure de 5 jours de stéarate d'érythromycine à la dose de 1g par jour réparti en 4 prises, localement du savon acide et du talc.

Revu 7 jours plus tard, le malade présente un aspect local excellent. La fluorescence a disparu dans les 4 grands plis.

La guérison se maintient au bout de 1 mois.

Observation n° 2 - Mr L... Albert, 59 ans.

Consulte en octobre 1962 pour un érythrasma bilatéral des aines existant depuis de nombreuses années. Le malade a fait divers traitements locaux, sans amélioration. Seul le mycodécyl a amené des résultats passagers.

Cliniquement, il s'agit d'un érythrasma typique donnant la fluorescence rouge corail en lumière de Wood. Par ailleurs, exis-

.../...

tence de lésions fissurées et macérées des plis interdigitaux des orteils, maximum au niveau des 2 derniers espaces, qui sont le siège de la même fluorescence.

A noter de plus la présence depuis plusieurs mois, de lésions de pityriasis versicolor.

Le malade est mis au stéarate d'érythromycine 1 g par jour pendant 5 jours.

Il est revu à la fin de la cure, soit 7 jours après : les lésions des aines et des orteils sont améliorées à plus de 80 p. 100, la fluorescence a disparu.

Prescription d'un traitement local à base de savon acide. Le malade n'est pas revu.

Observation n° 3 - Mr T... Paul, 46 ans.

Le 5.7.62, vient consulter pour un érythrasma des 2 aines, débordant largement sur le scrotum et la face interne des cuisses, à contours polycycliques. L'examen révèle une atteinte associée des aisselles, mais plus discrète. Les lésions sont nettement fluorescentes en lumière de Wood.

Mis à l'érythromycine - 1g par jour pendant 5 jours - traitement local fait de savon acide et de talc.

Le 11.7.62 : l'amélioration est très importante. Les lésions

.../...

de l'aisselle sont atténuées à 80 p. 100. Mais l'amélioration est beaucoup moins nette dans les régions inguino-crurales où il persiste encore des lésions actives fluorescentes.

Après un repos de 5 jours, prescription d'une nouvelle cure d'érythromycine en continuant le traitement local déjà prescrit.

Le 1.8.62 : amélioration considérable. La fluorescence a disparu. Il est conseillé cependant au malade de continuer pendant 1 mois le traitement local.

Le 15.3.63 : la guérison persiste.

Observation n° 4 - Mr A... André, 59 ans.

Vient consulter en octobre 1963 pour un érythrasma des aines très prurigineux apparu depuis quelques semaines. A l'examen, aspect d'érythrasma lichenifié des plis inguino-cruraux avec lésions du scrotum, maximum à gauche. Lésions débutantes à la partie droite du scrotum. Fluorescence +.

Mis au stéarate d'érythromycine 1 g par jour pendant 5 jours, localement, savon acide.

Le malade est revu à la fin de la cure. Il signale une amélioration spectaculaire dès le 2e jour du traitement.

Les lésions sont améliorées à plus de 90 p. 100, ne sont plus fluorescentes. Le prurit a disparu. Persistance d'un léger reliquat parakératosique. Traitement local à poursuivre.

.../...

Observation n° 5 - Mr H... Jean.

Erythrasma des aines évoluant depuis plusieurs années. A déjà fait divers traitements locaux : éosine, solution de Miliau, goudron, avec des résultats très limités. (Ce malade est par ailleurs soigné pour un eczéma nummulaire).

L'examen des lésions en lumière de Wood révèle la fluorescence rouge corail caractéristique.

Traitement par le stéarate d'érythromycine per os 1 g par jour pendant 5 jours.

Revu 7 jours après, le malade est très satisfait. L'amélioration est très nette, l'érythrasma a pratiquement disparu. Il persiste seulement quelques discrètes lésions squameuses non fluorescentes. Traitement local d'acidification de la peau conseillé.

Observation n° 6 - Mme B..., 52 ans.

Vient consulter en octobre 1963 pour des plaques d'érythrasma inguinales et axillaires, apparues au cours d'une cure d'amaigrissement, évoluant depuis plusieurs mois.

Fluorescence rouge +.

Cure de stéarate d'érythromycine 1 g par jour pendant 5 jours ; localement, traitement habituel.

Sept jours après : l'érythrasma inguinal a pratiquement dis-

.../...

paru, il persiste des traces à peine visibles des anciens placards, non fluorescentes. Par contre, les lésions axillaires ne sont améliorées qu'à 70 p. 100 avec aspect irrité ?

Prescription d'une nouvelle cure identique de stéarate d'érythromycine après un repos de 5 jours.

Les lésions ont complètement disparu après la 2e cure.

Observation n° 7 - Mme L..., 56 ans.

. Malade vue en juin 1962 pour un érythrasma typique des aines donnant en lumière de Wood une très belle fluorescence rouge corail. Elle présente une obésité diffuse, mais pas de diabète connu.

Cure de 5 jours de stéarate d'érythromycine suivant la même posologie (1 g par jour en 4 prises). Localement, savon acide et talc.

La malade n'est revue que 3 semaines après. L'erythrasma a complètement disparu. Le contrôle en lumière de Wood confirme la guérison.

Observation n° 8 - Mr B..., François.

Vu le 10.7.62. Le malade présente depuis plusieurs années un

.../...

érythrasma bilatéral des aines, non fluorescent en lumière de Wood, irrité par de nombreux traitements locaux.

Dernièrement, poussées d'ides folliculaires sur le corps. (Traitées par antibiotiques et pommade Ichtyolée sans résultat).

Nous prescrivons d'abord un savon acide et du talc sur l'érythrasma et une pommade à base de corticoïdes sur les lésions à distance.

Le 6.8.62, le malade a été amélioré localement par le traitement indiqué, mais 2 jours après l'arrêt de celui-ci, les lésions ont réapparu.

Il est mis au stéarate d'érythromycine 1 g par jour pendant 5 jours.

A la fin de la cure, l'amélioration est spectaculaire, les ides ont disparu, les lésions d'érythrasma sont améliorées à plus de 90 p. 100.

Par contre, le malade se plaint de prurit anal et présente des lésions péri-anales de type moniliasique pour lesquelles nous prescrivons de la mycostatine en applications locales.

La guérison de l'érythrasma se maintient 4 semaines après.

Observation n° 9 - Mr J..., B. 32 ans.

Le malade consulte en juin 1963 pour un érythrasma bilatéral des aines maximum à gauche avec une atteinte du scrotum de ce côté :

.../...

pour lequel il a fait plusieurs traitements locaux avec des résultats variables.

En lumière de Wood : fluorescence rouge corail caractéristique.

Traitement par stéarate d'érythromycine 1 g par jour pendant 5 jours.

Revu 7 jours plus tard, le malade signale une amélioration spectaculaire initiale, mais on constate à l'examen des lésions encore actives sur le scrotum, prurigineuses et siège d'une fluorescence rouge en lumière de Wood.

Prescription d'une seconde cure per os identique et localement savon acide.

Le malade n'est revu que 3 mois plus tard. L'amélioration est manifeste, les quelques squames persistant dans le pli inguinal ganche ne sont plus fluorescentes.

Observation n° 10 - Mr B..., Gérard, 18 ans.

Consulte le 8.5.62 pour un érythrasma ancien des 2 plis inguino-cruraux avec atteinte discrète du scrotum.

Fluorescence +.

Essai de pommade à l'érythromycine sans aucun résultat.

Mis le 30.5.62 à une cure de stéarate d'érythromycine per os pendant 5 jours à raison de 1 g par jour. Traitement local habituel.

.../...

Le 6.6.62. Toutes les lésions d'érythrasma ont disparu. Fluorescence : 0.

A signaler l'apparition à la fin de la cure de crampes épigastriques calmées par un traitement symptomatique.

.../...

CONCLUSION

L'érythrasma, considéré depuis son individualisation par BURCHARDT en 1859 comme une dermatomycose a été récemment attribué à un bacille du genre corynebacterium par SARKANY, TAPLIN et BLANK qui ont pu ainsi proposer une thérapeutique spécifique.

Ces auteurs, frappés par le grand nombre de champignons successivement mis en cause, par la négativité habituelle des cultures, par l'inefficacité fréquente des antimycosiques ont repris l'étude de l'affection.

Ils ont insisté sur la valeur de la fluorescence rouge corail des lésions, bien connue depuis les travaux de GOUGEROT et DUCHE pour le diagnostic et la surveillance inter et post-thérapeutique.

Ils on retrouvé par l'examen direct au niveau des squames fluorescentes un bacille qu'ils ont pu cultiver sur milieu spécial et l'individualiser au microscope électronique. L'inoculation à l'homme qu'ils ont réalisée dans 4 cas s'est révélée positive.

Ils ont testé la sensibilité de ce bacille à différents antibiotiques, l'érythromycine se révélant le plus actif in vitro.

Enfin, ces auteurs ont apporté à leurs recherches une confirmation pratique en obtenant la guérison de 16 cas d'érythrasma par l'érythromycine administrée par voie générale.

.../...

Nous inspirant de leurs travaux, nous avons traité 28 malades (26 hommes et 2 femmes) atteints d'érythrasma par le stéarate d'érythromycine per os à la dose de 1 g par jour pendant 5 jours.

Sur nos 28 malades :

- 19 ont répondu à une première cure. Deux malades de ce groupe ont présenté une rechute ultérieure traitée avec succès par une cure identique.
- 8 malades, insuffisamment améliorés par une première cure, ont été guéris après la prescription d'une deuxième cure. Un de ces malades a rechuté 3 mois après.
- enfin, dans 1 cas, 3 cures de 5 jours ont été nécessaires.

Un quart de ces malades étaient porteurs de lésions d'érythrasma depuis plusieurs mois ou années et avaient été traités sans résultat ou avec des résultats très partiels par les antimycosiques locaux traditionnels.

Le médicament a été très bien toléré, les incidents minimes que nous avons pu observer n'ayant en aucun cas empêché la poursuite du traitement.

La voie orale semble la seule active car les tentatives de traitement local avec le même antibiotique ont toujours échoué.

Les bons effets obtenus par cet antibiotique dont l'action est pratiquement nulle sur les dermatophytes constituent un

.../...

argument supplémentaire en faveur de l'origine microbienne de l'érythrasma.

En résumé, l'excellente tolérance jointe à la régularité des effets favorables dans la presque totalité des cas font actuellement de l'érythromycine le traitement de choix de l'érythrasma.

BIBLIOGRAPHIE

BALZER, F. - De l'érythrasma - Annales de Dermatologie et Syphiligraphie ; 1883, 25 décembre, pp. 681-688.

BALZER, F. - Pratique Dermatologique - Tome II - Masson, 1901, pp. 540-547.

BALZER et DUBREUILH - Observations et recherches sur l'érythrasma - Annales de Dermatologie et Syphiligraphie ; 1884, 25 novembre, pp. 597-606.

BROCQ - Traité de Dermatologie pratique - Tome II - Doin, Paris 1907, pp. 455-457.

CHASSAGNE, P. - Encyclopédie médico-chirurgicale ; Thérapeutique - 25 . 007 . B 10, 1958.

DARIER, J. - Précis de Dermatologie - Masson, Paris 1928, pp. 745-747.

DEGOS, R. - Dermatologie - Flammarion, p. 180.

DUPERRAT, B. - Précis de Dermatologie - Masson, p. 654.

FABRE - Revue suisse de Médecine "Praxis" - n° 27, pp. 549-554, 1953.

GLADIALLY, F.N. and NEISH, W.J.P. - Porphyrin fluorescence of experimentally produced squamous cell. carcinoma - Nature, London ; 1960, 188 : 1124.

GOLDSCHMIDT, H. and KLIGMAN, A.M. - Surface Biopsy : A new method for studying normal and pathologic horny layers read at 22nd annual mtg of the Soc. for Invest. Dermat. ; 1961, June 27.

GONCALVES, P.A., MANGEON, G. - Eritrasma multiplo e extenso nao intertriginoso - Trab. Soc. Portugesa Derm. Sif. ; 1960, 18 : 11.

GOUGEROT, H. - Les épidermites mycosiques des plis cutanés et articulaires - Dermatologie - Maloine, p. 477.

GOUGEROT, H. et DUCHE, J. - Les 3 teintes brune, brun violacé, rouge de l'érythrasma à la lumière de Wood - Annales de Dermatologie et syphiligraphie ; 1941, Juillet-Août, 1, pp. 277-280.

.../...

GOUGEROT, H. - Nouvelle pratique dermatologique - Tome II - Masson, pp. 265-270.

GOUGEROT, H. - Les complexe des plis - Monde médical ; 1936, 15 septembre, p. 777 - Archives de la clinique St Louis ; 1931, septembre, n° 11.

DE GRACIANSKY, P. et BOULLE, S. - Atlas de Dermatologie.

GRUPPER, Ch. - Traitement de l'érythrasma par le stéarate d'érythromycine - Bulletin de la Société Française de Dermatologie ; 1963, Janvier-Mars, n° 1, Tome 70, p. 67.

LANGERON et VAN BREUSEGHEM. - Précis de Mycologie - Masson, 1952, pp. 469-470.

LEFORT, P. - Encyclopédie médico-chirurgicale ; Dermatologie ; 1960, 12320, A 10.

MERKIEN, F.P., MIKOL, Cl., GERMAIN, S. - Activité sur les épidermomycoses et mycoses cutanées d'un traitement oral - Revue de Pathologie générale ; 1959, 59, pp. 1009-1018.

MICHAELIDES, P. and SHATIN, H. - Erythrasma fluorescence under the Wood Light - A.M.A. Arch. Derm. ; 1952, 65 : 614.

NIKOLOWSKI, W. et STAHLE, K. - Uber Seltene und ungewöhnlich lokalisierte Erscheinungslilder des erythrasma - Derm. Wschr ; 1949, Heft 14, 200.

PARTRIDGE, B.M. et JACKSON, F.L. - Fluorescence of erythrasma - British Journal of Dermatology ; 1962, Août-Septembre, Vol. 74, n°S 8-9.

PATTE, A. - Histologie par A. Eliascheff - Chimie : Desgrez - Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie ; 1939, Mars, 46, n° 3, p. 288.

RABEAU, H., GUERRA, P. - Sur une localisation peu connue de l'érythrasma. Erythrasma interdigital des pieds - Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie ; 1936, 43 : 464.

SABOURAUD, R. - Entretiens Dermatologiques - Octave Doin, 1913, pp. 221-227.

SABOURAUD, R. - La Pratique Dermatologique - Tome I - Masson, pp. 753-755.

.../...

SABOURAUD, R. - Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu - Masson, Paris 1932, pp. 535-537.

SARKANY, I., TAPLIN, D. and BLANK, H. - Erythrasma - Common Bacterial infection of the skin - J.A.M.A. ; 1961, 177 : 130.

SARKANY, I., TAPLIN, D. and BLANK, H. - The etiology and treatment of erythrasma - Journal of Investigative Dermatology ; 1961, Octobre, 37, pp. 283-288.

SARKANY, I., TAPLIN, D. and BLANK, H. - Incidence and Bacteriology of erythrasma - Arch. Derm. ; 1962, Mai, 85, pp. 578-582.

SIDI, E. et BOURGEOIS SPINASSE - Traitement de certaines mycoses rebelles par un extrait de "Penicillium griseofulvum Dierk" - Presse Médicale ; 1959, 67, pp. 1099-1100.

TEMPLE, D. and BOARDMAN - The incidence of erythrasma of the toewels - Arch. Derm. ; 1962, 4 Oct., 86, pp. 518-519.

VAN BREUSEGHEM, R. - Encyclopédie médico-chirurgicale - Dermatologie - 1954, 12019, P 10.

Vu :
Le Président :
signé : DEGOS

Vu :
Pour le Doyen :
L'Assesseur

Vu et Permis d'Imprimer
Pour le Recteur de l'Académie de Paris
Le Vice-Président du Conseil de l'Université de Paris

CORDIER